

University of Groningen

Keuzemogelijkheden en financiering

Edzes, A.J.E.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Edzes, A. J. E. (2005). *Keuzemogelijkheden en financiering: WMO in Enschede*. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Keuzemogelijkheden en financiering

WMO in Enschede

Mei 2005

Drs. A. (Arjen) J.E. Edzes (RUG)

Rijksuniversiteit Groningen

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Maatschappelijke dienstverlening en sturingsvraagstukken	4
2.1	Verschillende niveaus	5
2.2	Spanningen in logica	5
2.3	Grenzen aan vermarkten van dienstverlening	7
2.4	Mate van overheidsinterventie	9
3	Vraagsturing	11
3.1	Vraagsturing in de praktijk	11
3.2	Grenzen aan klantsturing	13
3.3	Ervaringen met PGB	14
4	Klant en betaalrelaties	16
4.1	Een ingewikkeld spel	16
4.2	Het belang van criteria	19
5	Bijlage: Matrix van beoordeling vermarkten van dienstverlening	20

1 Inleiding

De gemeente Enschede bereidt zich voor op de invoering van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Zij moet daarbij keuzes maken die complex zijn en een groot afbreukrisico kennen in termen van politieke en financiële consequenties. Het gaat per slot van rekening alle burgers aan die risico's lopen in hun leven beschadigd te worden, door eigen schuld of buiten hun eigen schuld.

Eén van die vraagstukken heeft betrekking op kostenbeheersing en regie: 'de Awbz zal worden teruggebracht naar de onverzekerbare zware, langdurige verpleging, verzorging en begeleiding. Behandeling en kortdurende zorg worden bekostigd uit het ziektekostenstelsel'. Aan de werkgroep Sturing en Regiefunctie de opdracht om '...te verkennen op welke wijze kostenbeheersing en regievoering mogelijk is. Verder dient een voorstel te worden uitgewerkt hoe de sturing individueel en collectief moet plaatsvinden en de mate van marktwerking die de gemeente zou kunnen toestaan. Aandacht moet verder worden besteed aan de volgende onderwerpen: het zorgen voor een optimale samenhang tussen welzijn, WVG, huishoudelijke verzorging en extramurale begeleiding voor de lichte doelgroepen, verbetering van de samenwerking tussen zorgaanbieders met als doel kostenreductie en kwaliteitsverbetering van de dienstverlening etc. De werkgroep doet voorstellen om sturing en regie vorm te geven, te beginnen met huishoudelijke zorg, maar vooruitlopend op verdere implementatie van de WMO. Tenslotte doet de werkgroep voorstellen voor de wijze waarop PGB dient te worden uitgewerkt en op welke manier de juiste diensten aan de burger kunnen worden verleend'.¹

Meer in het bijzonder staan twee vragen voor een verkenning centraal:

1. De keuzevrijheid van de cliënt, i.c. de keuze voor en de vormgeving van een PersoonsGebonden Budget. In bredere zin geldt de vraag op welke wijze het zorgaanbod kan worden gematched met de zorgvraag van burgers en welke rol een PGB daarin kan spelen.
2. Het heffen van een eigen bijdrage of een tegemoetkoming in de kosten: de vraag die hier centraal staat is op welke wijze de financiering van voorzieningen in de WMO plaats moet vinden en hoe daarin de financiële bijdrage van de zorgvragers het beste gestalte kan krijgen;

In deze notitie worden beide vragen vanuit een algemene, meer beschouwende invalshoek verkend. Daarbij maak ik gebruik van bestaande documenten en rapporten – vaak van recente makelij - die over deze onderwerpen zijn geschreven. Het gaat in deze fase nadrukkelijk om een verkenning en het leveren van relevante informatie, niet om het doen van aanbevelingen in de situatie van de gemeente Enschede. Het doel is om de gemeente Enschede te ondersteunen met inzichten en kennis die relevant zijn met het oog op het maken van de keuzes die voorliggen.

Het is geenszins het doel geweest om volledig te zijn. Dat zou de tijd niet toelaten, maar voegt bovendien weinig toe aan de essentie van de discussie. De toespitsing op de WMO zal in de discussie in de werkgroep plaatsvinden.

De notitie bestaat uit drie hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk zal worden ingegaan op de drie niveaus die in de discussie over regievoering kunnen worden gehanteerd, de spanningen tussen deze niveaus en de essentie van marktwerking en overheidsregulering. Hoofdstuk 2 gaat vooral in op ervaringen uit evaluatieonderzoek naar vraagsturing en de voor- en nadelen van het PGB als vraagsinstrument. Tot slot zullen in het derde hoofdstuk enkele modellen en arrangementen worden beschreven die denkbaar zijn bij de verdeling van taken, rollen en lasten van de zorg en ondersteuning.

¹ Werkgroepopdracht Sturing en regiefunctie van de gemeente Enschede, 18 maart 2005.

2 Maatschappelijke dienstverlening en sturingsvraagstukken

Bij de Wmo draait het om 'meedoen'. En dat wil dit kabinet bereiken door de zorg en ondersteuning aan burgers op een andere manier te regelen. Er is een krachtige sociale structuur nodig, waar zelforganisatie, maatschappelijke binding en eigen verantwoordelijkheid een belangrijke plaats innemen.²

Er is daarbij sprake van twee processen die elkaar tot op zekere hoogte versterken; de toenemende mondigheid van de burger aan de ene kant en de toegenomen aanspraak van de gebruikers op de diensten aan de andere kant. Dat leidt tot het dilemma dat er zoveel mogelijk rekening moet worden gehouden met de wensen van individuele assertieve cliënten, tegelijkertijd dient de toegankelijkheid voor iedereen te worden gegarandeerd en moeten de kosten beheersbaar blijven.

Ik benader maatschappelijke ondersteuning als een integraal vraagstuk van zorg, welzijn en wonen, niet op de manier zoals nu bij de implementatie van de Wmo wel gebruikelijk – en begrijpelijk – is, om regie- en sturingsvraagstukken in de zorgdienstverlening (thuiszorg, huishoudelijke zorg) te onderscheiden van welzijnsvraagstukken. Uit de invoering van de Wwb hebben we geleerd dat uiteindelijk gemeenten in een implementatie-modus terechtkomen waarbij ze de langere termijn strategische discussies uit de weg gaan of pas later, na invoering, oppakken³. Dat is niet het uitgangspunt van deze notitie.

Verder constateer ik dat de regie- en sturingsvraagstukken die spelen, betrekking heb op verschillende onderwerpen die vaak gescheiden, maar vooral ook in onderlinge samenhang moeten worden benaderd. Enkele van deze vraagstukken zijn:

- Hoe versterk ik de sociale samenhang en laat ik tegelijkertijd ruimte over voor keuzevrijheid van cliëntsystemen (individueen, sociale systemen, buurten, bewonersorganisaties). Of andersom, hoe waarborg ik dat de keuzevrijheid van cliënten (en cliëntsystemen) leiden tot de sociale samenhang? Vraagstukken die hier weer mee verband houden zijn kwesties als in hoeverre probleemgestuurd te werk moet worden gedaan versus een aanbodgeoriënteerde benadering.
- Wat zijn de grenzen van marktwerking in het licht van de publieke verantwoordelijkheid? Met andere woorden, hoe moet inhoud worden gegeven aan het maatschappelijk ondernemerschap van de gemeente. Vraagstukken als inkoop- en aanbestedingsgedrag houden hiermee verband, maar ook welke investeringen gaan gemeenten maken en wat is het rendement dat zij verwachten.
- Wat is het veranderingspotentieel van de sector en waar liggen financiële, bestuurlijke en politieke risico's?
- Hoe beheers ik de kosten?

Rond deze en andere vraagstukken zijn recent door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid twee rapporten gepubliceerd die de discussie over sturing en regie met betrekking tot de WMO in een relevante context plaatsen.⁴ Het ene rapport heeft betrekking op de kwaliteit, doelmatigheid en professionaliteit in onder meer de sectoren welzijn, gezondheidszorg en arbeidsvoorziening, de zogenaamde maatschappelijke dienstverlening. Het tweede rapport heeft betrekking op de vraag hoe mensen in hun directe leefomgeving (kunnen) bijdragen aan de aanpak van leefbaarheidsproblemen. Beide rapporten beschrij-

² SGB0 (2005). *Implementatie Wmo: algemene handreiking*. Den Haag.

³ Edzes, A.J.E., M. Moes et al. (2005), *Wwb monitor*. Centrum voor Arbeid en beleid, Groningen

⁴ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004), *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2005), *Vertrouwen in de buurt*. Den Haag

ven belangrijke strategische vraagstukken rond de organisatie van maatschappelijke ondersteuning en de rol van de lokale overheid daarbij.

2.1 Verschillende niveaus

Om te beginnen is de WMO een illustratie voor een beweging die op vele terreinen is en wordt ingezet en voornamelijk een reactie is op een aantal hardnekkige problemen in de maatschappelijke dienstverlening. Zo concludeert de WRR (2004) dat 'de maatschappelijke dienstverlening wordt getroffen door een toenemende spanning tussen het institutionele regime waarbinnen de sectoren functioneren, de oriëntatie waarmee de dienstverlenende instellingen en de daar werkzame professionals opereren en de vraag die cliënten ten aanzien van die instellingen articuleren. Daardoor sluiten de verschillende belangen, taken, eisen en behoeften onvoldoende op elkaar aan of werken zij elkaar tegen, waardoor de feitelijke dienstverlening (en de dienstverlener) in de knel komt.De discussie wordt momenteel gedomineerd door vragen die als tegenstellingen ('dichotomieën') zijn geformuleerd. Institutioneel gezien is er een voortdurende worsteling over de kwestie of de sectoren nu moeten worden gerekend tot de staat of de markt. (...) Met betrekking tot de instellingen (..) wordt de vraag gesteld of de verantwoordelijkheid voor de dienstverlening bij het management of bij de professionals moet worden gelegd. En met betrekking tot de cliënt woedt de discussie of in zijn behoefte moet worden voorzien door vraagsturing of aanbodsturing. Deze dichotomieën doen geen recht aan de veelzijdigheid van maatschappelijke dienstverlening.' (WRR, 2004: 9-10)

De Raad hanteert een analysekader waarbij een onderverdeling wordt gemaakt in drie soorten invalshoeken:

1. institutionele (systeem-)logica (coördinatie van de sector),
2. provisielogica (organisatie en uitvoering van het primaire proces),
3. vraaglogica (noden en behoefte van cliënten).

Zonder dit hier verder uit te werken kunnen we stellen dat regie- en sturingsvragen zoals deze in het kader van de WMO op het gemeentelijke bord zijn komen te liggen, op verschillende niveaus liggen. Vraagsturing is daarom niet de enige oplossing voor alle vraagstukken rondom de WMO. Het simpelweg toekennen van meer keuzevrijheid aan cliënten is niet voldoende. Er moet ook rekening gehouden worden met andere aspecten als:

- o de wijze waarop professionals met elkaar en met cliënten omgaan,
- o de onderliggende primaire processen,
- o de wijze waarop de klantsturing is ingebed in een bredere context van vraagregulering en aanbodregulering,
- o de gehanteerde politieke waarden in het systeem.

2.2 Spanningen in logica

In een tweede rapport onderzoekt de WRR de vraag hoe mensen in hun directe leefomgeving (kunnen) bijdragen aan de aanpak van leefbaarheidsproblemen in de buurt. De WRR komt in dit rapport tot een aantal succesvoorwaarden voor bewoners, sociale spelers en overheid:

- a) inhoudelijk verdient een aanpak de voorkeur die differentieert naar buurt en die bij voorkeur integraal is;
- b) een optimale procesaanpak is die waarbij de beleidsvoorbereiding het resultaat is van een coproductie van bewoners, overheid en betrokken uitvoerende instanties, en waarbij de uitvoering wordt geken-

merkt door een gepaste afstand tussen bewoners aan de ene kant en overheid en instanties aan de andere kant.

Als er langs deze succesvoorwaarden gewerkt wordt, leidt dit volgens de WRR wel tot een aantal bestuurlijke spanningsvelden:

- 1 *Gedifferentieerde of uniforme aanpak?* Sommige buurten kunnen meer problemen zelf oplossen dan andere buurten. Dit is afhankelijk van het feit of een buurt sociaal-cohesief is of juist wordt gekenmerkt door een cohesietekort. Het vereist dat het bestuur over voldoende mogelijkheden beschikt om te kunnen en willen differentiëren naar soort buurt. Hier ligt een belangrijk dilemma, omdat het bestuur altijd te maken heeft met beginselen van gelijke toegang en rechtvaardigheid, en die moet zien te combineren met een gedifferentieerde benadering.
- 2 *Integrale of functionele (sectorale) aanpak?* Efficiëntieoverwegingen leiden in de regel tot een organisatiestructuur die is geordend naar vakmatig specialisme. Is er daarentegen in bepaalde buurten sprake van een complex van veelomvattende, met elkaar verbonden leefbaarheidsproblemen, dan lijkt in beginsel een niet-verkokerde, integrale aanpak de aangewezen werkwijze te zijn.

Bij het beleidsproces spelen de volgende spanningsvelden:

- 3 *Coproductie of opgelegd beleid?* Moeten overheid en uitvoerende beleidsinstanties fungeren als ‘bepaler’ die een beleidsaanpak – uiteraard democratisch gedragen en verantwoord – opleggen, dan wel ‘gaan’ voor buurtinitiatieven die zich in coproductie met buurten ontwikkelen?
- 4 *Gepaste afstand houden of er dicht op zitten?* Moeten openbaar bestuur en sociale spelers zeer direct (*hands on*) betrokken zijn, dan wel juist meer afstand houden om ruimte te laten voor van onder op komende buurtinitiatieven? (WRR, 2005: 117)

Vraaglogica		Institutionele logica	Aandachtspunten Bij positiebepaling
Inhoud			
Gedifferentieerd	_____	Uniform	<ul style="list-style-type: none"> • Bouwen aan vertrouwen • Voorkomen van versplintering • Omgaan met ongelijkheid
Integraal	_____	Functioneel	<ul style="list-style-type: none"> • Versterken van buurtfocus • Waarborgen van evenwicht
Proces			
Coproductie	_____	Opgelegd beleid	<ul style="list-style-type: none"> • Of: voortbouwen op stadhuisagenda • Of ondersteunen van buurt-agenda
Gepast beleid	_____	Er dicht op	<ul style="list-style-type: none"> • Ruimte laten • Voortouw nemen waar nodig

Vooral het eerste spanningsveld – gedifferentieerde vraag tegenover een uniforme aanpak - zien we ook terug in de discussie over de zorgplicht. Zo constateert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) dat op dit punt een bestuurlijk dilemma culmineert: enerzijds is maximale beleidsvrijheid van gemeenten gewenst, hetgeen pleit voor een vergaande mate van decentralisatie en in essentie differentiatie van be-

leid, anderzijds leidt een algemene zorgplicht tot vormen van ondersteuning die voor alle burgers moeten zijn vastgelegd, hetgeen pleit voor juist centralisatie en in essentie een uniform beleid.⁵

De beide WRR-rapporten voeden onder meer de gedachte dat er een belangrijk strategisch keuzevraagstuk ligt rond de keuzevrijheid van cliëntsystemen – of het nu individuele burgers met zorgvragen zijn of buurten en wijken – en de versterking van de gewenste sociale samenhang. Meer keuzevrijheid hoeft niet ten koste te gaan van de gewenste sociale samenhang, integendeel, de WRR dringt juist aan op meer vertrouwen in de buurt. Dat neemt niet weg dat meer keuzevrijheid ook leidt tot meer verschillen en een grotere variatie in gevraagde dienstverlening.

Een tweede gevolgtrekking die ik maak is dat wanneer we het hebben over cliënten, het beter is te spreken over cliëntsystemen. Hoewel we in de huishoudelijke zorg discussiëren over Persoonsgebonden budgetten is er geen directe aanleiding waarom ook niet op andere niveaus (bewonersorganisaties, buurtorganisaties, wijkorganisaties) vraagsturing zou kunnen worden gefaciliteerd door middel van cliëntstelsysteem gestuurde budgetten.

2.3 Grenzen aan vermarkten van dienstverlening

Een tweede belangrijk keuzevraagstuk ligt in de vraag naar de grenzen van marktwerking in het licht van de publieke verantwoordelijkheid? Met andere woorden, hoe moet inhoud worden gegeven aan het maatschappelijk ondernemerschap van de gemeente. Vraagstukken als inkoop- en aanbestedingsgedrag houden hiermee verband. Vooral in de huidige discussie rond de organisatie van thuiszorg is dit keuzevraagstuk op gaan spelen, maar het speelt ook op de andere terreinen van de WMO, waaronder welzijn.

Voor marktwerking – en dus concurrentie – komen alleen individueel handelbare diensten of producten in aanmerking. In theorie is het zo dat producten rivaliserend moeten zijn: de consumptie door de een, leidt er toe dat de ander deze niet kan ontvangen. Niet-rivaliserende goederen (lucht, milieu, rechtsorde) worden collectief geconsumeerd en lenen zich niet voor marktwerking. Naarmate producten en diensten dus minder concreet, minder eenduidig, slechter identificeerbaar en minder kwantificeerbaar zijn, nemen de mogelijkheden voor concurrentie (en dus voor marktwerking) af⁶. Tot zover de algemene regel.

Dan zijn er nog andere factoren die invloed hebben:

- Het uitvoeren van de taak moet voorwerp van concurrentie kunnen zijn. Het moet gaan om een taak die door *meerdere* private partijen kan worden uitgevoerd. Er moet bijvoorbeeld voldoende schaal zijn voor concurrentie. Ook geldt dat wanneer er sprake is van een hogere mate van specificiteit van activa (er wordt gebruik gemaakt van specifieke technische productiemiddelen, of werknemers met specifieke vaardigheden, die moeilijk alternatief aanwendbaar zijn), zal het aantal aanbieders geringer zijn. In de zorg doet die situatie zich vooral voor bij specialistische zorgdienstverlening (specialisten, specifieke behandelmethoden).
- Concurrentie is bij uitbesteding moeilijker te organiseren naar de mate waarin *specifieke investeringen* voor de uitvoering van belang zijn. Specifieke investeringen – zoals infrastructuur, gebouwen – zijn investeringen die alleen renderen tussen specifieke partijen en die verloren gaan wanneer de relatie verbroken wordt. Deze investeringen kunnen snel een drempel worden voor een overstap naar een andere private partij. Daarmee is er wel sprake van uitbesteding aan een private partij, maar is er geen reële concurrentie meer tussen meerdere potentiële aanbieders.

⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) *Briefadvies Wmo*. Zoetermeer.

⁶ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2000) *Borgen van publiek belang*. Den Haag.

- De institutionele omgeving moet zich lenen voor concurrentie. Marktwerving veronderstelt een bepaalde attitude bij partijen: zij moeten zich primair laten leiden door competitie en maximalisatie van individueel nut. De institutionele traditie zoals die zich in een bepaalde sector heeft ontwikkeld, kan leiden tot een geheel andere mentale opstelling van partijen, waardoor andersoortige overwegingen gaan domineren.⁷ Op grond hiervan is dus ook het veranderingspotentieel van de sector van belang bij de afwegingen of dienstverlening kan worden vermarkt of niet.

Tot zover de voorwaarden voor het vermarkten van diensten en producten. Vanuit een ander perspectief kunnen we kijken naar de vormen van marktfalen: waarin falen markten bij het totstandbrengen van de gewenste dienstverlening. Immers, maatschappelijke dienstverlening speelt zich altijd af tegen de vraag in hoeverre vragers en aanbieders van dienstverlening zelf in staat zijn tot een onderlinge uitruil te komen van dienstverlening (marktwerving) zonder tussenkomst van de overheid: 'In een dergelijke ideaaltypische markt is de consument zich bewust van zijn voorkeuren en wordt zijn keuzeprocess mede beïnvloed door het aanbod, de prijs, de kwaliteit daarvan. Als er meer aanbod is dan vraag dan dalen de prijzen en de minst efficiënte aanbieder wordt uit de markt gedrukt (...). Er kan tijdelijk sprake zijn van een frictie (te weinig aanbod), maar op langere termijn ontstaat er een evenwicht van vraag en aanbod'⁸ Uiteindelijk is er sprake van een gewenste kostenefficiëntie en allocatieve efficiëntie.

Nu is het van belang om vast te stellen dat een dergelijke ideaaltypische markt zich zelden voordoet. Er is altijd sprake van marktfalen waardoor een derde partij (de overheid) ingrijpt om de belangen van de individuele consument te behartigen⁹. De markt voor zorg is daarmee geen zuivere markt, maar een zogenaamde quasi-markt. De term quasi-markt wordt gebruikt voor markten die zich bevinden in het sociale domein en die zich op enkele punten onderscheiden van een zuivere markt¹⁰:

1. De aard van de concurrentie op deze markt is niet noodzakelijk gedreven door een winstmotief. Er kunnen ook non-profit en publieke organisaties meedingen.
2. De kopers van de diensten zijn niet de consumenten van deze diensten.
3. De (publieke) kopers zijn niet volledig vrij in wat ze van de markt vragen. Verplichte uitbesteding en andere wetgeving legt ze beperkingen op.
4. Consumenten hebben niet de vrijheid om elk product te kiezen. Ze zijn gedwongen te kiezen uit de keuze die overblijft na strenge selectie- en keuringcriteria van de inkoper.

Kenmerkend voor een quasi-markt is dat deze twee doelstellingen tracht te combineren. Enerzijds is marktwerving een doel op zich: door middel van prijsconcurrentie een zo effectief en efficiënt mogelijke reïntegratie bewerkstelligen. Anderzijds wordt de quasi-markt gebruikt als een middel om publieke doelstellingen te bewerkstelligen. De overheid zal erop moeten toezien dat op de markt alle cliënten evenveel kansen krijgen geboden in het verkrijgen van zorgdienstverlening. In deze situatie wordt ook wel gesproken van een transactiemarkt aangezien veelvuldig sprake is van transacties (lees: contracten) tussen opdrachtgevers (de 'principaal') en de opdrachtnemers (de 'agent'). Niet alleen leidt dit tot veel transactiekosten (de kosten van inkoop van dienstverlening, informatieverwerving), ook kan het uitschakelen van het directe prijsmechanisme tot gevolg hebben dat individuele klanten worden aangezet tot overconsump-

⁷ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2000) Ibid.

⁸ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*. Zoetermeer.

⁹ De klassieke vormen van marktfalen zijn: informatieproblemen, schaalvoordelen, externaliteiten en collectieve goederen en verdelingsproblemen.

¹⁰ Zie onder meer Groot, I., Kok, L., Seters, J. Van (2002). *Lessen uit de privatisering van reïntegratiediensten*. Universiteit van Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek.

tie - in vaktermen wordt dit neveneffect ook wel 'moral hazard' genoemd – en aanbieders van dienstverlening klanten selecteren op basis van de meest gunstige prijs-inspanningsverhouding ('risicoselectie' of 'afoming').

2.4 Mate van overheidsinterventie

Overheidsinterventie is gericht op het voorkomen en bestrijden van marktfalen. Daarbij is een grijs gebied te onderscheiden in de mate waarin zij dat doet. De RVZ (1998) schetst daarbij drie regie- en beleidsdilemma's, n.l.¹¹ :

1. *Spanning tussen aanbodregulering en marktwerking*: in hoeverre wil de gemeente het aanbod reguleren dan wel volledige marktwerking tussen meerdere aanbieders toestaan.

Vorm (oplopend)	Toelichting
Een publieke aanbieder	Aanbesteder bepaalt aanbod, rekening houdend met de zorgvraag.
Een aanbieder (met concessie)	Aanbesteder bepaalt aanbod, rekening houdend met de zorgvraag, geeft voor een bepaalde periode concessie uit.
Meerdere aanbieders in aanbesteding	Aanbesteder selecteert middels een aanbesteding de aanbieder.
Vrije marktwerking	Directe contractrelatie tussen cliënt en aanbieder zonder tussenkomst van aanbesteder.

2. *Spanning tussen vraagregulering en kostenbeheersing*: hoeveel keuzevrijheid kent zij toe aan de klant in relatie tot de beheersing van kosten. In het onderstaande schema is deze keuzevrijheid weergegeven in verschillende gradaties:

Vorm (oplopend)	Toelichting
Geen keuzevrijheid cliënt	Aanbesteder bepaalt zorgkeuze, rekening houdend met individuele kenmerken van de cliënt.
Bepaalde inspraak	Cliënt geeft voorkeuren door, aanbesteder houdt hier rekening mee, indien mogelijk.
Keuzevrijheid, gegeven selectie	Cliënt mag kiezen uit een aantal zorgaanbieders, zolang als er nog plaatsen zijn.
Bepaalde keuzevrijheid	Cliënt mag zorgaanbieder kiezen. Aanbesteder controleert of aanbieder aan voorwaarden voldoet.
Volledige keuzevrijheid	Cliënt kiest zelf traject. PGB-experiment.

3. *Spanning tussen autonomie en afhankelijkheid*: in hoeverre dient de autonomie van de klant voorop te staan en hoe voorkomen we dat tegelijkertijd afhankelijkheidsrelaties ontstaan

¹¹ Raad voor de Volksgezondheid (1998). *Tussen markt en overheid*. Zoetermeer.

Op basis van een economische argumentatie is nog wel te beredeneren welke vormen van overheidsinterventie meer of minder profijtelijk zijn. Het Centraal Planbureau heeft dat onlangs uitgevoerd voor de aanbesteding van reïntegratietrajecten waarbij zij drie criteria centraal stelde, n.l. eenvoud, efficiëntie en effectiviteit.¹² Maar dat is niet het enige argumentatieschema dat kan worden gebruikt. Immers ook sociaal-politieke (zoals solidariteit, uniformiteit, gelijkheid) en institutionele (kunnen we het wel?) argumenten spelen een belangrijke rol.¹³ Dat maakt dat in elke situatie tot een eigen afweging moet worden gekomen van de mate waarin en de vorm waarmee de overheid intervenueert in de maatschappelijke dienstverlening.

¹² Centraal Planbureau (2004). *Goed aanbesteden is het halve werk: een economische analyse van de aanbesteding van reïntegratie*. Den Haag.

¹³ Innovatiecentrum Vraagsturing. *Elf bouwstenen voor vraagsturing: vraagsturing vanuit het perspectief van de cliënt*. Amsterdam.

3 Vraagsturing

3.1 Vraagsturing in de praktijk

Vraagsturing is zoals ik in het vorige hoofdstuk heb aangegeven één facet van de discussie over de juiste vorm en inzet van maatschappelijke dienstverlening. Het is wel een belangrijk facet aangezien op dit moment de discussie volop woedt over de mogelijkheden en beperkingen van PGB's en andersoortige directe vraaginstrumenten én de vraag welke uitsluitingscriteria daarvoor worden gehanteerd.

In de context van maatschappelijke dienstverlening wordt vraagsturing ook wel in een driedeling gevat. Zo stelt het ministerie van EZ (2003) dat vraagsturing een ruim begrip is dat in beginsel alle vormen van marktordening omvat waarbij de afnemer de mogelijkheid heeft om rechtstreeks of indirect enige vorm van invloed uit te oefenen op het aanbod. Het Ministerie sluit zich daarbij aan bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) die een onderscheid maakt naar¹⁴:

- Sturing *van* de vraag: binnen de kaders van aanbodregulering worden prikkels of mechanismen ingebouwd om rekening te houden met de vraag (vraaggerichte aanbodregulering).
- Sturing *op* de vraag: hier staat een "tussenpersoon" die de (collectieve) vraag uitoefent centraal. Deze intermediair houdt rekening met de wensen van de individuele afnemers.
- Sturing *door* de vraag: de vraag leidt het aanbod. Sturing door de vraag plaatst tussen consument en producent geen ruisveroorzakende tussenpersonen.

In 2003 heeft het Ministerie van EZ een metastudie laten verrichten naar de ervaringen met vraagsturing in de praktijk van onderwijs, huursubsidie, reïntegratie en zorg¹⁵. Daarbij heeft zij zich geconcentreerd op de sturing *door* de vraag – directe sturingsinstrumenten waaronder PGB's, PVB's, vouchers en strippenkaarten – maar stelt zij gelijk dat deze vorm van directe sturing door vragers de beste aansluiting levert tussen de wensen van de afnemers en het aanbod. Daar ontstaan naar het oordeel van het ministerie – in beginsel – de grootste prikkels voor de aanbieders om rekening te houden met de wensen en behoeften van de vragers en daarop in te spelen. In haar beschouwing van de sturing door de vraag – de meest zuivere vorm van vraagsturing – komt zij tot algemene conclusies over het functioneren.

1. Vragers krijgen daadwerkelijk meer keuzevrijheid. Hun vrijheid neemt in alle gevallen toe.
2. De dynamiek in de sector neemt toe. Vragers zijn actiever in het articuleren van hun behoeften, aanbieders zijn genooddaakt nieuwe of vernieuwde producten aan te leveren en nieuwe partijen verschijnen op de markt.
3. De angst dat de invoering van vraagsturing een aanzuigende werking tot gevolg heeft wordt niet bevestigd. Vraagsturing lokt wel in beperkte mate latente vraag uit, maar door de juiste indicatiestelling of een eigen bijdrage kan dit worden beheerst.
4. Oneigenlijk gebruik of fraude doet zich slechts in beperkte mate voor.
5. Een duidelijk zichtbaar effect is dat vraagsturing leidt tot hogere uitvoeringskosten. Enerzijds kunnen die worden aangemerkt als transitiekosten, anderzijds brengt maatwerk vaak extra (transactie)kosten met zich mee voor de overheid.

¹⁴ Zie onder meer: Ministerie van economische zaken (2003), *Vragender wijs: vraagsturing in de praktijk*. Den Haag; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *De rollen verdeeld. Burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg*. Zoetermeer.

Een positief beeld derhalve en het ministerie geeft dan ook aan dat directe vraaginstrumenten aan de verwachting voldoen. Bepalend voor het succes van vraagsturing zijn vijf cruciale factoren: voldoende draagvlak, goede marktordening, goede organisatie, goede inbedding en voldoende informatie. De toenemende uitvoeringskosten leveren echter wel een zorg op.

Voor de instrumenten van directe vraagsturing (PGB, voucher enz.) heeft zij de volgende positieve en negatieve aspecten geïnventariseerd.

Potentiële positieve effecten van directe vraaginstrumenten (waaronder PGB):

- 1 Levering van meer maatwerk, doordat de behoeften van individuele burgers beter worden vervuld; concurrerende ondernemers spelen in op de wensen van de burgers in plaats van de -veelal- voorheen betalende én bepalende overheid.
- 2 Bevordering van ondernemerszin en creativiteit in het aanbod.
- 3 Toename van de doelmatigheid door:
 - een betere prijs-kwaliteitverhouding bij aanbieders door concurrentie;
 - voorkomen van overconsumptie door de mogelijkheid om transactiemechanismen in te bouwen (kosten van gebruik worden ook voor de vrager inzichtelijk);
 - efficiënter bereik van publieke doeleinden, doordat door indicatiestelling het gebruik duidelijk ingeperkt kan worden tot specifieke doelgroepen.
- 4 Emancipatie van kwetsbare groepen. In plaats van de overheid die bepaalt wat goed is voor de burgers kunnen deze zelf het heft in handen nemen. Hierdoor neemt het gevoel van eigenwaarde toe, waardoor de zelfredzaamheid van deze groep wordt vergroot.
- 5 Voorkomen van mogelijke strijdigheid met de Europese staatssteunbepalingen indien een beperkte groep van aanbieders wordt belast met de levering van aanbod dat ook door andere aanbieders geleverd kan worden.

Potentiële negatieve effecten van directe vraaginstrumenten (waaronder PGB):

- 1 Verminderde toegankelijkheid tot en gebruik van publieke diensten:
 - door informatieproblemen omdat de markt onvoldoende transparant is;
 - omdat niet alle burgers in staat zijn hun vraag te uiten en juiste afwegingen te maken.
- 2 Budgettaire onbeheersbaarheid door het uitlokken van latente vraag.
- 3 Vraagsturing leidt tot oneigenlijk gebruik (fraude), omdat middelen direct bij het individu worden gelegd, die mogelijk niet met die verantwoordelijkheid kan omgaan.
- 4 Hogere transactiekosten, als gevolg van toename van keuzemogelijkheden, maar bijvoorbeeld ook door de administratieve lasten die verbonden zijn aan de indicatiestelling.

Potentiële slaagfactoren

1. Kan het publieke belang eenduidig worden geformuleerd?
2. Is het publieke belang via een markt te bereiken?
3. Is het publieke belang te realiseren via een pgb?
4. Is een pgb-regeling juridisch toegestaan?
5. Is een objectieve toewijzing en waardebeoordeling van de pgb's mogelijk?
6. Is de (mogelijke) omvang en differentiatie van het aanbod voldoende?
7. Is het aanbod voldoende transparant voor de vragers?
8. Kan de vrager zijn voorkeuren duidelijk maken aan de aanbieder?
9. Kan de overheid kwaliteitseisen stellen?
10. Heeft de pgb-regeling geen verstoringseffect op andere markten?
11. Is de pgb-regeling budgettair beheersbaar?
12. Is de pgb-regeling in- en uitvoerbaar?

3.2 Grenzen aan klantsturing

Net als dat vraagsturing niet een éénduidig begrip is, is ook de burger niet over één kam te scheren. Zo is niet iedereen in staat om eigen vragen te formuleren, geïnformeerd genoeg om weloverwogen keuzes te nemen en de kwaliteit van dienstverlening te beoordelen én capabel genoeg om de eigen dienstverlening te regelen. De idee van de rationeel denkende mens die individueel nut nastreeft ('homo economicus') is in de praktijk geen houdbare gedachte, zeker niet in de zorg waarin mensen om wat voor reden dan ook aan dit meest basale uitgangspunt niet kunnen voldoen. Juist voor vraagsturing is het essentieel dat de burger autonoom kan handelen, competent is als regisseur en kritisch is bij het afnemen van diensten.¹⁶ En dat is in de praktijk niet altijd het geval.

De WRR (2005) onderscheidt in dat opzicht vier burgerschapstijlen die zich vooral onderscheiden in opleidingsniveau, status en positie en dergelijke: Afhankelijke burgers, Afzijdige burgers, Afwachtende burgers en Actieve burgers. Afhankelijke burgers zijn gezagsgetrouw en volgzaam, zoeken geborgenheid en zijn risicomijdend. Afzijdige burgers zetten eigen belang voorop wat ook tot uitdrukking komt in een wantrouwende en intolerante houding jegens gezag. Ze hebben moeite hun weg te vinden in het complexe en overvloedige informatieaanbod dat hun wisselwerking met de overheid en sociale spelers bepaalt. Afwachtende burgers zijn ongeïnteresseerd, denken zichzelf te kunnen redden en geven aan de overheid niet nodig te hebben. Het zijn calculerenden en kenmerken zich door meer opportunistisch gedrag. Actieve burgers kenmerken zich door vertrouwen in de overheid en co-productie van beleid.

Fundamenteel nog is een onderscheid in wat de klant wel of niet kan en een onderscheid in situaties waarin keuzevrijheden minder voor de hand liggen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003) constateert in dat opzicht dat er grenzen zijn aan wat de cliënt kan en wil en aan wat hem geboden kan worden. De RVZ stelt dat dit onder meer afhankelijk is van

- de toestand van de cliënt,
- de bekwaamheid van de cliënt,
- de behoefte van de cliënt ,
- de aard van de behandeling of dienst,
- de aard van de relatie en
- de intensiteit van de relatie.

¹⁶ Innovatiecentrum Vraagsturing. *Elf bouwstenen voor vraagsturing: vraagsturing vanuit het perspectief van de cliënt*. Amsterdam.

De RVZ komt met het volgende overzicht van situaties:

<i>De cliënt kan en wil niet zelf kiezen</i>	<i>De cliënt kan en wil zelf kiezen</i>
<p>Onder meer in de volgende situaties is dit het geval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de cliënt heeft acute zorg nodig; - er is een tekort aan zorgaanbod; - de exit-optie is niet of moeilijk te realiseren (in geval van langdurige zorgrelaties, zoals bij verpleeghuis-zorg); - de cliënt is wilsonbekwaam (in deze situatie kan eventueel een zaakwaarnemer - ouder, kind, mentor, e.d. - namens de cliënt kiezen). <p>In laatstgenoemde situatie moeten cliënten die in beginsel wel willen kiezen, maar begeleiding nodig hebben om te kunnen kiezen, gemakkelijk toegang hebben tot personen of organisaties die hen hierbij kunnen ondersteunen.</p>	<p>In dit geval zou de cliënt zo veel mogelijk moeten functioneren als een klant in andere sectoren. Dit houdt onder meer in dat er een betaalrelatie moet zijn tussen degene die (zorg) levert en degene die (zorg) afneemt. Daarnaast is een belangrijke voorwaarde dat er iets te kiezen moet zijn: er moet marktwerking zijn, en hiervoor is voldoende zorgaanbod nodig. De cliënt die in een bepaalde situatie kan en wil kiezen, heeft in principe twee mogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de cliënt schakelt zijn of haar zorgverzekeraar/gemeente in, doet een beroep op diens zorgplicht en laat de verzekeraar/gemeente voor hem zorg inkopen en zorg verlenen. In dit geval kiest de cliënt voor <i>zorg in natura</i> en heeft de cliënt dus een <i>klantrelatie met de verzekeraar / gemeente</i>; - de cliënt wendt zich direct tot de zorgaanbieder en koopt zelf zorg in. In dit geval kiest de cliënt voor zorg gekoppeld aan een systeem van <i>restitutie</i> of voor een <i>persoonsgebonden budget</i> (voor die delen van de zorg waar dit mogelijk is), en heeft de cliënt dus een <i>klantrelatie met de zorgaanbieder</i>.

3.3 Ervaringen met PGB

Het Persoonsgebonden budget is een belangrijk instrument om tot vraagsturing en zorg op maat te komen. Het voldoet als een direct sturingsinstrument en in dat opzicht zijn de positieve en negatieve aspecten zoals hierboven zijn geformuleerd op het PGB van toepassing. Eveneens heb ik aangegeven onder welke omstandigheden een PGB niet voldoet om dat er grenzen zijn aan wat de cliënt wil en kan.

Het primaire doel van een PGB is de budgethouders de gelegenheid te beiden zelf de zorg te organiseren waaraan zij behoefte hebben. In de 'Beleidsbrief 'Het PGB gewogen', evaluatie en vooruitblik' maakt het ministerie van VWS de balans op¹⁷. Daarbij komt het ministerie tot de conclusie dat het PGB (nieuwe stijl) voldoet aan de doelstellingen van het komen tot vraagsturing en zorg op maat op een doelmatige manier.

Desalniettemin signaleert zij een aantal ongewenste ontwikkelingen en onbedoelde onredelijkheden waarvan de betekenis interessant is met het oog op de invoering van PGB's in het kader van de WMO. De belangrijkste zijn:

1. Oneigenlijk gebruik. In overeenstemming met de eerdere bevinding van het ministerie van EZ blijkt oneigenlijk gebruik in geringe mate voor te komen (1-5%). Wel doet de kwestie zich voor of bepaalde

¹⁷ Ministerie van VWS (2004) *Beleidsbrief 'het PGB gewogen': evaluatie en vooruitblik*. Den Haag.

uitgaven wel gekwalificeerd kunnen worden als 'verzekerde zorg', maar dit heeft meer van doen met de interpretatie van de functies waarvoor zorg wordt ingekocht (bijvoorbeeld: 'ondersteunende begeleiding')

2. Monetarisering van de mantelzorg. De vraag is of via een PGB nu zorg wordt betaald die mantelzorgers eerst om niet verleenden. Of leidt de mogelijkheid om zorg in te kopen bij mantelzorg niet tot het oproepen van een latente vraag. Op basis van evaluatiegegevens blijkt dat driekwart van de budgethouders zorg inkoopt bij mantelzorgers/bekenden en dat dit ongeveer 65% van de totale bestedingen betreft. Let op: dit heeft betrekking op de PGB in de huidige situatie.

Deze situatie leidt tot een belangrijke discussie in hoeverre mantelzorg vanuit een PGB betaald zou kunnen worden.

4 Klant en betaalrelaties

De besprekingen van voorwaarden voor marktwerking, sturingsconcepties, coördinatieprincipes en vraagsturing geven in de praktijk nog veel ruimte in de lokale situatie om tot verschillende arrangementen te komen waarop de zorgvraag het zorgaanbod wordt gematched. In de praktijk gaat het dan om het inkoop- en aanbestedingsgedrag.

In dit hoofdstuk laten we aantal modellen de revue passeren die op verschillende manieren vraag- en aanbod reguleren, zoals in hoofdstuk 2 is besproken.

4.1 Een ingewikkeld spel

Voor de uitvoering van de zorgdienstverlening in de WMO zijn een aantal rollen te definiëren

- o rol van de klant
- o rol van zorgindicatie
- o rol van de zorginkoper
- o rol van de zorgaanbieder
- o rol van de gemeente

Drie vragen zijn op voorhand relevant:

1. Leent het product zich voor aanbesteding en concurrentie en in hoeverre moet het aanbod worden gereguleerd? Elementen die hierbij een rol spelen zijn toetredingscriteria, kwaliteitstoetsing, concessierechten enz.
2. Wat is de keuzevrijheid van de klant: hierbij geldt niet alleen de mate van vrijheid (kan en wil de klant zelf kiezen?), maar ook de vraag of de klant moet kunnen kiezen tussen zorg in natura, restitutie of PGB?
3. Wat is de onderlinge verdeling van taken en rollen en wat zijn de financiële relaties?: wie betaalt de lasten en hoe wordt verantwoording afgelegd (mate waarin de klant financieel bijdraagt: eigen bijdrage, restitutie enz.)

Het WMO beraad heeft aan de hand van de bovenstaande vragen onlangs zes modellen voorgesteld die een indruk geven van de variaties die mogelijk zijn:

Concessiemodel
De gemeente contracteert een aanbieder die voor een wijk of de gehele gemeente de zorg levert. De gekozen aanbieder levert de zorg, regelt conform de gemeentelijke criteria de toegang. Afstemming met andere voorzieningen in de wijk is de verantwoordelijkheid van de aanbieder.
Awbz model
In het Awbz model wordt gewerkt conform de Awbz: de gemeente komt met het zorgkantoor overeen dat het zorgkantoor inkoopt, het zorgkantoor kan inkopen bij verschillende aanbieders. De gemeente kan desgewenst eigen accenten leggen, zoals de eigen bijdrage, toegang en/of het PGB.

PGB model

In het PGB model krijgen alle klanten een PGB. Zij kopen zelf de zorg in. Dat kan bij door de gemeenten aangewezen zorgaanbieders of bij elke gewenste zorgaanbieder. Zonodig levert de gemeente ondersteuning aan de budgethouders. De gemeente regelt de toegang.

Gemeentelijke inkoop

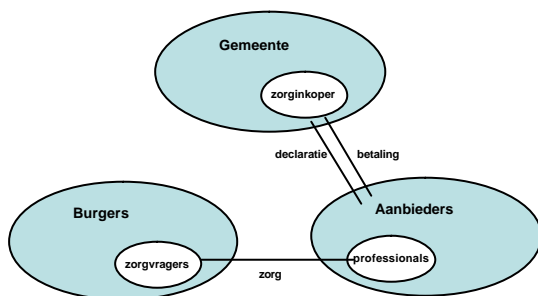
Deze systematiek is conform de Wvg. De gemeente regelt in principe alles zelf. Op onderdelen kan wel weer worden uitbesteed, b.v. de indicatiestelling.

Samenwerkingsmodel

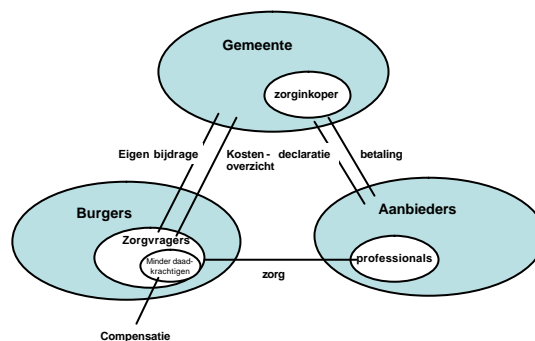
In het samenwerkingsmodel werken gemeenten in de regio samen. Het samenwerkingsmodel koopt in, regelt de toegang tot de zorg en bewaakt de samenhang met andere voorzieningen.

Deze modellen illustreren verschillende vormen van aanbod- en vraagregulering en een meer dan wel minder zwaar interveniërende overheid. De RVZ (2003) heeft voor de zorgsector vijf 'ideaaltypische' modellen uitgewerkt waarbij nog werd uitgegaan van een 'verzekeraar'. Wanneer we deze vervangen door de gemeente ontstaan vijf modellen van vraag- en aanbodregulering gekoppeld aan betaling en financiering¹⁸.

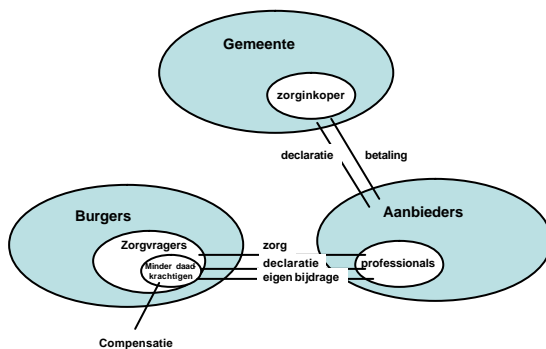
Model 1: Huidige situatie bij zorg in natura: optie 1



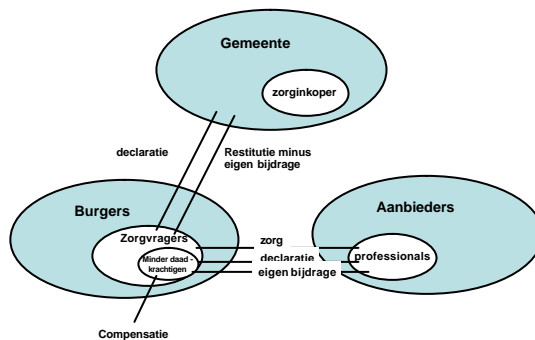
Model 2: Situatie bij zorg in natura: optie 2



Model 3: Situatie bij zorg in natura: optie 3

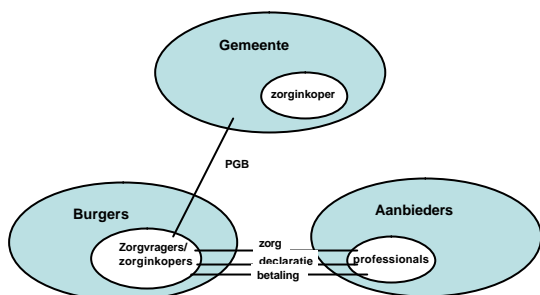


Model 4: Situatie bij zorg gekoppeld aan restitutie



¹⁸ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Van patiënt tot klant*. Zoetermeer.

Model 5: Situatie bij zorg op basis van een PGB



Ten opzichte van model 1 (de huidige situatie, alleen dan met de Awbz in de hoofdrol) versterken de modellen 2 en 3 de betaalrelatie (via een eigen bijdrage) en het inzicht in de eigen gemaakte kosten (door het afgeven van een zorgoverzicht). Het voordeel is dat de klant zich bewust wordt van (de kosten van) de verkregen zorgdienstverlening en de 'eigen bijdrage-regeling' zorgt voor een prikkel bij de cliënt om de kwaliteit van de zorgdienstverlening te beoordelen. Tevens biedt het een mogelijkheid om de betaling op te schorten wanneer de klant ontevreden is over de verkregen dienstverlening. Hij verschaft hem of haar dus instrumenten om zelf de dienstverlener te kunnen prikkelen tot het verlenen van de gewenste zorg. Om minder daadkrachtigen in staat te stellen tot het leveren van de eigen bijdrage zal een compensatiemogelijkheid open kunnen worden gesteld. Dit kan door middel van een subsidie of door middel van een tegemoetkoming in de kosten.

Het derde model gaat uit van een directe ruilrelatie tussen de vrager en aanbieder. Het voordeel is dat de cliënt directe financiële consequenties kan verbinden aan het onder de maat presteren van de zorgaanbieder, daar staat het nadeel tegenover dat de positie van de gemeente wordt uitgehold: problemen tussen cliënt en zorgaanbieder zullen de gemeente namelijk ontgaan. De gemeente heeft te weinig informatie om consequenties te kunnen verbinden aan de contractering van de zorgaanbieder. Daarnaast onderkent de RVZ nog twee andere nadelen die voornamelijk uitvoeringstechnisch van aard zijn:

- een centrale instantie die de betaalde eigen bijdragen bijhoudt, ontbreekt; dit maakt maximering van de eigen bijdragen tot een totaalbedrag per jaar problematisch.
- daar waar in het tweede model gekozen kan worden voor een procentuele eigen bijdrage, is dit in model 3 moeilijk realiseerbaar. In plaats daarvan kan alleen voor nominale eigen bijdragen worden gekozen.

Zorg in natura kan in bepaalde omstandigheden worden omgezet in zorg op basis van restitutie (model 4). Hierbij heeft de burger recht op vergoeding voor kosten van zorg die hij of zij zelf organiseert. De burger kan in dat geval niet van de gemeente verlangen dat deze de zorgdienstverlening 'voorsorteert'.

In het geval van een PGB (model 5) koopt de cliënt zelf in. Dit is de meest vergaande vorm van vraagsturing. De cliënt bepaalt zelf of de verleende zorg adequaat is en kan bij inadequate zorg hieraan direct consequenties verbinden. Modellen zijn ideaaltypische stileringen van de werkelijkheid en in de praktijk zijn dus grijstinten mogelijk. Zoals een model 5 (PGB) waarin de gemeente een x-tal aanbieders voorsorteert waar de cliënt een beroep op kan doen. Eveneens is in de modellen geen ruimte gemaakt voor de functies van zorgindicatie en zorginkoop (uitbesteden of niet?) of samenwerking tussen gemeenten.

4.2 Het belang van criteria

Voor het kiezen tussen de verschillende arrangementen is het aan te bevelen een aantal heldere toetsingscriteria op te stellen. De eerdere indeling in economische, sociaal-politieke en institutionele argumenten biedt daarvoor een interessante ingang.

Economische criteria hebben van doen met efficiëncy, kostenbeheersing, transactiekosten enz. In algemene zin is de claim dat vraagsturing en marktwerking ten goede komen aan de dynamiek in de sector en de efficiency, daar staat tegenover dat de uitvoeringskosten (transitie en transactiekosten) toenemen, althans zo blijkt uit de studie van het ministerie van EZ.

Sociaal-politieke argumenten hebben betrekking op gelijkheid, solidariteit, legitimiteit, maar ook met verwevenheid van zorg met andere beleidsdomeinen. Zo leidt de koppeling van een buurtperspectief (zorg koppelen aan andere relevante buurtinterventies (wonen, welzijn enz.) tot eisen die aan het te leveren product moeten worden gesteld en daarmee ook aan de mogelijkheid de dienstverlening al dan niet te vermarkten.

Institutionele criteria hebben betrekking op de professionaliteit en competenties van medewerkers, transparantie en informatievoorziening, de cultuur en vooral de vraag of we het wel kunnen wat we willen.

5 Bijlage: Matrix van beoordeling vermarkten van dienstverlening

Kenmerk/criterium	Omschrijving	Produkt 1	Produkt 2	Produkt 3
Concreetheid	Mate waarin product of dienstverlening helder is te omschrijven			
Eenduidig	Mate waarin product of dienst slechts voor één uitleg vatbaar is			
Identificeerbaar	Mate waarin product of dienst kan worden geïdentificeerd			
Kwantificeerbaar	Mate waarin product is te kwantificeren			
Meerdere aanbieders/schaal	Mate waarin meerdere aanbieders zijn aan te wijzen voor de levering van product of dienst			
Specifieke investeringen	Mate waarin specifieke investeringen nodig zijn voor de levering van het product of dienst (infrastructuur etc.)			
Institutionele omgeving	Het veranderingspotentieel van de actoren in de sector (cultuur, houding)			